

Załącznik Nr 1
do Zarządzenia Nr/2024
z dnia
Rektora SUM
Stanowiący Załącznik Nr 1 do
do Zarządzenia Nr 176/2016
z dnia 02.11.2016 r.
Rektora SUM

Wniosek

do Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

ul. Poniatowskiego 15; 40-055 Katowice

email: rektor@sum.edu.pl

Wniosek o:	<input type="checkbox"/> Patronat Honorowy <input type="checkbox"/> Udział w Komitecie Honorowym <input type="checkbox"/> Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach <input type="checkbox"/> Prorektora ds. <input type="checkbox"/> Dziekana Wydziału
I. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY	
Nazwa wnioskodawcy – organizatora przedsięwzięcia	
Adres, telefon i fax, e-mail, strona www	
Osoba do kontaktu, stanowisko, nr telefonu, e-mail	
II. INFORMACJE O PRZEDSIĘWZIĘCIU	
Nazwa planowanego przedsięwzięcia	
Termin i czas trwania (dzień, miesiąc, rok, godzina)	
Miejsce realizacji (adres)	
Zasięg przedsięwzięcia	<input type="checkbox"/> Międzynarodowy <input type="checkbox"/> Ogólnopolski

	<input type="checkbox"/> Regionalny <input type="checkbox"/> Lokalny
Charakter przedsięwzięcia	<input type="checkbox"/> Edukacyjny <input type="checkbox"/> Naukowy <input type="checkbox"/> konferencja, <input type="checkbox"/> wykład otwarty, <input type="checkbox"/> zjazd, <input type="checkbox"/> Kulturalny <input type="checkbox"/> Sportowy <input type="checkbox"/> Spoleczny <input type="checkbox"/> Turystyczno-rekreacyjny <input type="checkbox"/> Promocja Uczelni <input type="checkbox"/> Inny:
Opis oraz cele przedsięwzięcia	
Odbiorcy, do których kierowane jest przedsięwzięcie	
Przewidywana liczba uczestników przedsięwzięcia	<input type="checkbox"/> uczestnicy zagraniczni osób. Przedstawiciele państw: <input type="checkbox"/> uczestnicy krajowi osób
Czy udział uczestników w przedsięwzięciu jest odpłatny?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy wnioskodawca planuje osiągnięcie zysku z przedsięwzięcia?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy przedsięwzięcie jest cykliczne? Jeżeli tak, to od kiedy jest realizowane?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Od kiedy: Gdzie się odbywały poprzednie edycje:

Planowane działania promocyjne przedsięwzięcia	
Czy przedsięwzięcie było już obejmowane Patronatem Honorowym Rektora SUM	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Od kiedy/ile razy:
III. INNE PODMIOTY WSPÓŁPRACUJĄCE PRZY REALIZACJI PRZEDSIĘWZIĘCIA/PARTNERZY/SPONSORZY	
Nazwa	
Adres, telefon i fax, e-mail oraz strona www	
Rola innych podmiotów w realizacji przedsięwzięcia	
IV. INNE PODMIOTY, KTÓRE OBJĘŁY PRZEDSIĘWZIĘCIE PATRONATEM HONOROWYM	
Nazwa	
Załączniki (np. program przedsięwzięcia, referencje)	1..... 2..... 3.....

Wyrażenie poniższej zgody wraz z oświadczeniem dotyczą jedynie wnioskodawców będących osobami fizycznymi (podstawa prawna: ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.). W celu wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach należy zaznaczyć znakiem „x” poniżej wskazane pole.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, tj., zawartych w niniejszym wniosku, przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach z siedzibą przy ul. Poniatowskiego 15 w Katowicach, w celu związanym z procedurą przyznania Patronatu Honorowego lub wydania decyzji o udział Rektora w Komitecie Honorowym.

Oświadczam, że zapoznałam/em i zaakceptowałam/em te zasady obejmowania patronatem honorowym lub udział Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, w Komitecie Honorowym.

Poinformowano mnie, że administratorem moich danych jest Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach. Oświadczam również, że zostałam poinformowana/-y o dobrowolności podania danych osobowych, prawie dostępu do treści swoich danych oraz prawie ich poprawiania.

Miejscowość i data	Czytelny podpis wnioskodawcy, pieczęć
------------------------------------	-------------------------------------------------------

OCENA FORMALNA WNIOSKU:

Uzasadnienie <i>Kierownik Działu Promocji Uczelni</i>
---------------------	---------------------------------------------------

DECYZJA REKTORA

TAK NIE

INNE

Podpis Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach